In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









Dr H. Bendaoud
.CHU PARNET 2007

Le bassin obstétrical

I/Généralités :

Le bassin obstétrical constitue un obstacle inextensible que devra franchir le fœtus pour être expulsé.Il est constitué de 2 partie **:**

-Le bassin osseux

- Le bassin mou, musculaire

Le bassin osseux pelvien est composé :

-des 2 os iliaques en avant et latéralement,

- du sacrum et le coccyx en arrière,

Réunis par les articulations sacro-iliaques et sacro coccygiennes et de la symphyse pubienne.

Il s'agit d'un canal osseux constitue d'un un orifice supérieur est plus vaste que l'orifice inférieur. Il est classiquement divisé en 3 parties (orifice supérieur, excavation, orifice inférieur

II/Le bassin obstétrical :Il comprend :

1-Détroit supérieur :

Un orifice d'entrée. Son franchissement définit l'engagement de la présentation.

Il est limité en avant par le bord supérieur de la symphyse pubienne, latéralement par les lignes innominées et en arrière par le promontoire.

Il est rétréci en arrière par la saillie du promontoire qui lui donne une forme en coeur de carte à jouer.

Dimensions du DS :

Au niveau du détroit supérieur, il existe :

a)des diamètres antéropostérieurs

-un diamètre promonto-sus-pubien = 11 cm.

-un diamètre promonto-rétro-pubien ou diamètre utile qui doit être au minimum de 10,5 cm

b) 3 diamètres transverses :

- un diamètre transverse maximum : 13,5 cm,
- un diamètre transverse antérieur = 12 cm
- un diamètre transverse utile ou diamètre transverse médian situé à mi-distance du diamètre antéropostérieur obstétrical= 12 cm.

c) les diamètres obliques médians partant d'une éminence ilio-pectinée et allant à la symphyse sacro-iliaque opposée.

- 2 diamètres obliques droit et gauche sont égaux =12 cm.

d) les indices :

Indice de MAGNIN =PRP + T median> 23 cm

2-Excavation pelvienne avec le détroit moyen

L'excavation pelvienne, située entre les orifices d'entrée et de sortie qui définit

la descente et la rotation de la présentation

Elle a la forme d'un segment de tore (cylindre incurvé) enroulé autour de la symphyse pubienne. Elle est limitée en avant par la face postérieure de la symphyse pubienne, en arrière par la face antérieure du sacrum et latéralement par la face interne des os iliaques.

Son diamètre est régulier, environ 12 cm, et n'est rétréci que par la saillie des épines sciatiques Le seul rétrécissement existant dans l'excavation est le diamètre bi sciatique qui correspond au détroit moyen.

Dimension du détroit moyen=diamètre bi sciatique=10.5 cm

3-. Détroit inférieur :

Un orifice de sortie qui définit le dégagement de la présentation

Il est limité en avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne, latéralement par le bord inférieur des branches ischiopubiennes et en arrière par la pointe du coccyx.

le diamètre transversal est représenté par le diamètre bi ischiatique indéformable allant d'une tubérosité ischiatique à l'autre et devant mesurer au minimum 12,5 cm. Par contre, le diamètre antéropostérieur s'adaptera lors du passage de la présentation puisque la dimension sous-coccy-sous-pubienne en moyenne de 8,5 cm est insuffisante pour l'accouchement mais qu'elle passe à 11,5 cm au minimum après rétro pulsion du coccyx, définissant ainsi un diamètre sous-sacro-sous-pubien

Dimension de détroit inférieur=diamètre bi-ischiatique=12.5 cm

III /Examen du bassin :

La perméabilité du bassin peut être évaluée par :

1-Pelvimétrie interne clinique

Cet examen est réalisé par le toucher vaginal, la patiente en position gynécologique, le siège relevé. Le praticien ,le coude reposant sur le plan du lit explore successivement :

- la distance promonto-sous-pubienne qu'il peut évaluer si le promontoire est atteint (toucher mensurateur : PSP- 1.5 cm =PRP)
- la concavité sacrée, qui est palpée de bas en haut pour apprécier courbure et régularité de la face antérieure du sacrum,
- les lignes innominées sont explorés méthodiquement ,normalement le doigt garde le contact en parcourant les 2/3 antérieures (le 1/3 postérieur n'est perçu)
- les faces latérales de l'excavation où les épines sciatiques font des saillies plus ou moins proéminentes.

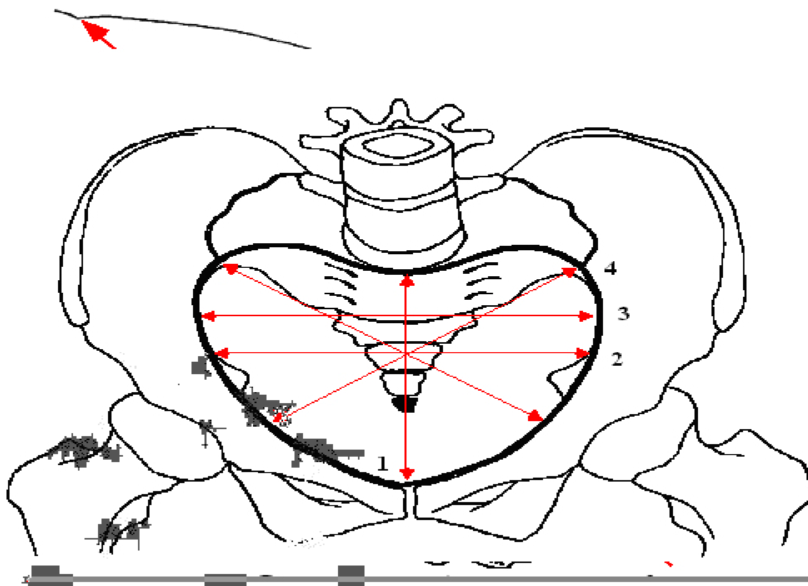
La pelvimétrie interne lors du toucher vaginal, systématique à la consultation du 8è ou 9è mois.Elle est peu précise mais suffisante dans la très grande majorité des cas.Elle est indiquée chez la primipare, ATCD de petit poids de naissance et d'accouchement dystocique

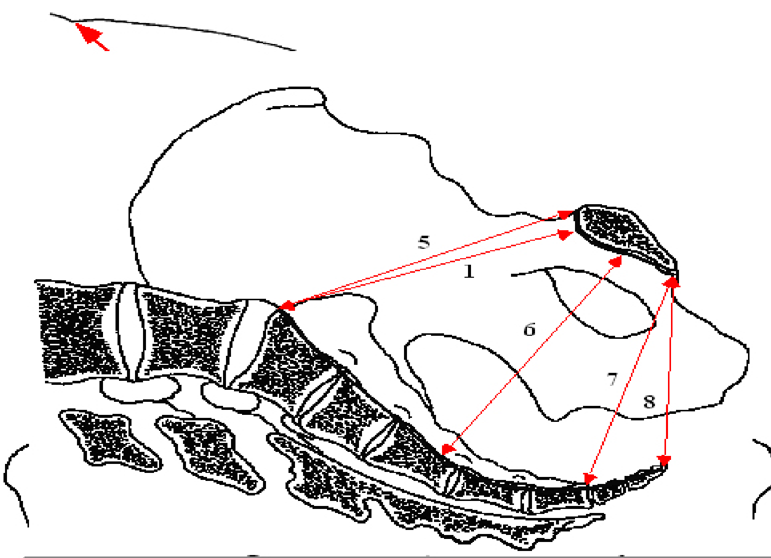
2-Pelvimetrie externe :

Actuellement peut pratiquée, son intérêt est de mesurer :

- le diamètre bi-ischiatique (méthode de TARNIER ou de GREENHILL)
-Losange de Michaelis :définit par le sommet du pli interfessier,le processus épineux de L5 et les fossettes cutanées ,Normalement elles sont symétriques et forment un triangle supérieur isocèle

3-Des examens complémentaires : radiopelvimétrie, scanner ou IRM. Ils permettent des mesures précises mais leur intérêt dans la présentation du sommet est limité et leurs indications sont controversées : taille maternelle 1.50 m, pelvimétrie interne anormale, antécédent de fracture du bassin, suspicion de gros foetus (macrosomie), utérus cicatriciel…





1 = promonto-rétro-pubien : 10,5 cm ; 2 = transverse médian : 12 cm
3 = transverse maximum : 13,5 cm ; 4 = obliques médians : 12 cm
5 = promonto-sus-pubien : 11 cm ; 6 = mi-sacro-pubien : 12 cm
7 = sous-sacro-sous-pubien : 11,5 cm ; 8 = sous-coccy-sous-pubien : 8,5 cm
9 = bi-ischiatique : 12,5 cm ; 10 = bisciatique : 10,8 cm